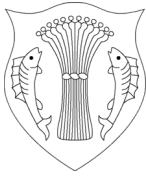


**ANSÖKAN OM STÖD FÖR NÄRSTÅENDEVÅRD**  
**VÅRDBEHÖVANDE FRÅN 65 ÅR**

1 PERSON- UPPGIFTER OM DEN VÅRD- BEHÖVANDE	Släkt- och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
	E-post	
2 PERSON- UPPGIFTER OM VÅRDAREN	Släkt- och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
	E-post	
	Bankkonto (IBAN)	
	Sökande förvärvsarbetar/studerar	
	Heltid      Deltid      Nej	
Yrke/arbetsplats eller tilltänt examen/ skolans namn/examen, år		
3 UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET / SJUKDO- MEN	Vårdarens förhållande till den vårdbehövande	
	Maka/make      Son/dotter      Annan, vem?	
	C-läkarintyg inlämnat	
	Ja                      Nej                      Bifogas	
Vårdbehövande använder hjälpmedel?		
Rullstol                      Kryckor                      Annat, vad?		
Vårdbehövandes handikapp och/eller sjukdom		



## Lumparlands kommun

4 VÅRD BEHOV	Beskriv den vård och omsorg den vårdbehövande behöver hjälp med av dig.
5 UNDER- SKRIFT	Ort och datum  Underskrift och namnförtydligande
6 KOMMUNENS ANTECKNING- AR	Ansökan inkommit ___/___ 20___